

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

316

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

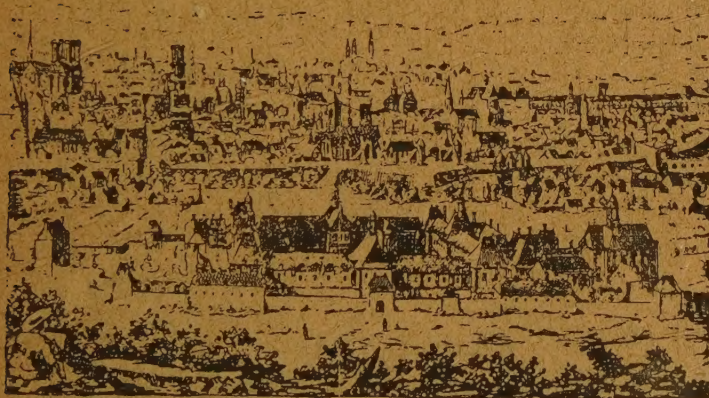
Présentée et soutenue le Mercredi 30 juin 1909 à 1 heure

Par M. HÉBERT (Joseph-Marie-Gabriel)

Né à Jony-sous-Thelle (Oise), le 22 février 1882

Contribution à l'étude de la Séméiologie DE l'espace semi-lunaire de Traube

VRBI ET ORBI



L'Hospital Saint-Louis en 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges { MM. BRISSAUD et ROGER, professeurs.
SICARD, agrégé.

PARIS
H. CHACORNAC & M. DOUTAUT
ÉDITEURS

9, Rue de l'Éperon, 9

1909

316

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 juin 1909 à 1 heure

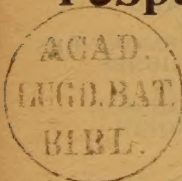
Par M. HÉBERT (Joseph-Marie-Gabriel)

Né à Jouy-sous-Thelle (Oise), le 22 février 1882

Contribution à l'étude de la Séméiologie

DE

l'espace semi-lunaire de Traube



Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges { MM. BRISSAUD et ROGER, professeurs.
 SICARD, agrégé.*

PARIS
H. CHACORNAC & M. DOUTAUT
ÉDITEURS
9, Rue de l'Éperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DES
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrégés en exercice		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Témoignage de vive affection
et de sincère reconnaissance.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Le sujet de la thèse que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui nous a été inspiré par *Monsieur Henri Paillard*, interne des hôpitaux. Il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils lorsque nous nous sommes trouvés en face d'une difficulté. Qu'il nous soit permis de lui adresser ici l'expression de notre plus sincère reconnaissance.

Nous nous efforcerons de résumer ici les opinions des auteurs classiques sur l'espace semi-lunaire de Traube et les modifications qu'il peut présenter à l'état pathologique. Nous essaierons d'abord de préciser les limites anatomiques de l'espace semi-lunaire. Puis nous indiquerons quelle est, à notre avis, la meilleure méthode d'exploration clinique de l'espace de Traube. Nous envisagerons ensuite quelles modifications pathologiques peut présenter cet espace, et quelles sont les causes de ces modifications. Nous espérons pouvoir démontrer que la matité de l'espace de Traube, due à l'hypertrophie hépatique et au re-

foulement du foie en avant de la grosse tubérosité de l'estomac, présente des caractères tout particuliers qui permettent de la différencier des autres matités de l'espace semi-lunaire. Enfin, nous apportons dans ce travail une observation inédite d'un cas de *symphyse phréno-costale*, bien décrite par Jaccoud.

Mais avant de commencer cette étude, nous devons accomplir un devoir, qui nous est particulièrement agréable à remplir, en exprimant notre gratitude à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris. Et parmi eux, nous voulons particulièrement citer les Maîtres éminents qui ont présidé à notre éducation clinique dans les Hôpitaux :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE,

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU,

VICE-PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL RECLUS,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. LE DOCTEUR BARTH,

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS,

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BOUCICAUT.

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉPER,
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS,

M. LES DOCTEURS
COUDERT, LOUSTE, MARCILLE ET ROSTAINE,
ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ,

et MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ GAULTIER,
CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

Nous devons des remerciements tout particuliers à
M. LE PROFESSEUR GAUCHER, auprès de qui
nous avons toujours trouvé le plus bienveillant ac-
cueil, pour le grand honneur qu'il nous a fait en ac-
ceptant la Présidence de cette Thèse. Qu'il reçoive
ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

PREMIERE PARTIE

L'ESPACE DE TRAUBE A L'ÉTAT NORMAL

CHAPITRE I

Etude anatomique de l'espace de Traube

Définition de Traube

« A la partie inférieure du thorax gauche est une
« région dans laquelle le son de la percussion est tym-
« panique. Cette région a une figure semi-lunaire;
« elle est limitée en bas par le bord du thorax, en
« haut par une ligne courbe dont la concavité regar-
« de en bas. L'espace, ainsi formé, commence en avant
« au-dessous du cinquième ou sixième cartilage cos-
« tal gauche et s'étend en arrière, le long du thorax,
« jusqu'à l'extrémité antérieure de la neuvième ou
« de la dixième côte. La plus grande largeur est de
« 3 pouces à 3 pouces et demi. »

Nous noterons la double imprécision de cette définition, imprécision de la limite supérieure et surtout de la limite postérieure. On ne voit aucunement quel peut être le rayon de la courbe ainsi succinctement décrite.

Descriptions ultérieures

Les auteurs suivants ont adopté pour la plupart les limites indiquées par TRAUBE. Certains ont formulé néanmoins quelques critiques.

JACCOUD s'exprime en ces termes: « j'ai étudié minutieusement cet espace chez un grand nombre d'individus sains des deux sexes et de tout âge à partir de la puberté et je ne l'ai jamais vu commencer au 5^e cartilage costal: j'en ai trouvé le plus souvent la limite supérieure au 6^e cartilage et parfois, au milieu du 6^e espace intercostal. » JACCOUD ne précise pas non plus la limite postérieure.

PITRES admet la définition de TRAUBE; TESTUT et JACOB (*Anatomie topographique*), admettent également la définition de TRAUBE, sans la préciser (1).

* *

Nous nous efforcerons de montrer:

1) que la limite supérieure indiquée par ces auteurs est susceptible d'une détermination plus fixe et re-

(1) Nous aurions été heureux de consulter la monographie d'ARTIGALAS sur la *Sémiologie de l'aire de Traube* (1889). Mais malgré tous nos efforts, nous n'avons pu nous la procurer. Elle est épuisée chez l'éditeur G. MASSON et nous l'avons fait rechercher en vain chez les libraires de Paris et de Bordeaux.

monte en général à la 5^e côte ou à la partie inférieure du 4^e espace intercostal;

2) que la limite postérieure dont les auteurs parlent si peu, peut être, elle aussi, exactement repérée et nous verrons que sa détermination a quelque intérêt en ce qui concerne les applications pathologiques.

Pour nous, l'*espace de TRAUBE* est limité de la façon suivante: en bas, par le rebord costal, en haut, par une ligne horizontale adjacente à la 5^e côte; en arrière, par une ligne verticale qui descend à 2, 3, 4 travers de doigt en arrière de la ligne mamelonnaire et vient aboutir au rebord costal, non pas à l'extrémité antérieure de la 10^e côte, mais à 2-4 cm. en arrière. Ces limites supérieure et postérieure se joignent en formant une courbe dont la concavité vient s'opposer à celle du rebord costal.

Etude anatomique des différents éléments de l'espace de Traube

I. Morphologie extérieure

Chez un homme normal moyennement musclé, l'espace de Traube présente l'aspect d'une surface plane ou légèrement convexe; sous les téguments se dessinent à peine les côtes et les principales insertions musculaires. Chez la femme, la partie inférieure du sein empiète de 2 à 4 centimètres sur l'espace de Traube. Il faut noter que souvent nous avons à ce niveau des déformations rachitiques (enfoncement en cuvette, chapelet costal), sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

II. *Le gril costal*

Il est formé par l'extrémité antérieure des 5°, 6°, 7°, 8°, 9° et 10° côtes avec les cartilages qui les continuent. Les deux premières ont un trajet à peu près horizontal; les cartilages prolongent la direction costale ou forment avec les côtes un large angle obtus ouvert en haut, puis vont s'insérer presque perpendiculairement au bord gauche du sternum. Des 5° et 6° arcs costaux, il y a au niveau de l'espace de Traube, moitié côte, moitié cartilage. Au contraire, les côtes sous-jacentes ne laissent pénétrer dans l'espace semi-lunaire que leur extrémité tout antérieure et la majeure partie du squelette, à cet endroit, est formé par les cartilages costaux, qui fortement obliques en haut et en dedans, se réunissent les uns aux autres pour aller aboutir à la base de l'appendice xyphoïde. Notons la saillie que forme l'extrémité antérieure de la 10° côte, appréciable sous la peau, elle constitue un repère clinique important.

III. *Insertions du diaphragme*

Le diaphragme s'insère :

au 7° cartilage costal, sur le tiers moyen de sa face postérieure, par une languette longue de 4 travers de doigt environ ;

au 8° cartilage costal, sur la moitié externe de sa face postérieure ;

au 9° arc costal, moitié sur la côte, moitié sur le cartilage ;

à la 10^e et à la 11^e côtes, sur la face interne de leur extrémité antérieure.

De là les fibres se dirigent en arrière et en haut pour aller former le versant antérieur de la coupole diaphragmatique et délimitent ainsi avec la paroi antérieure du thorax, le sinus costo-diaphragmatique où va s'enfoncer le cul de sac pleural.

IV. *Cul de sac pleural*

Il est ainsi décrit par les classiques: les deux culs de sacs antérieurs de la plèvre descendent à la face postérieure du sternum, accolés jusqu'au 4^e espace intercostal; à ce niveau, ils se séparent: le cul de sac droit s'incline doucement en bas et à droite, le cul de sac gauche fait un brusque écart, quitte le sternum et chemine désormais à bonne distance de la ligne médiane; il croise le 5^e espace à 1 cm. en dehors de la ligne parasternale gauche, le 6^e à 15^{mm}. (DELORME et MIGNON), longe un instant le bord du 7^e cartilage costal, atteint la 8^e côte à la jonction des portions osseuse et cartilagineuse et va suivre désormais dans l'aisselle un trajet curviligne à concavité supérieure qui ne nous intéresse plus directement. Le poumon n'empiète que légèrement sur l'espace de Traube; seul le *processus linguiforme* qui borde en bas l'*incisure cardiaque* du poumon vient se loger dans le cul de sac pleural au niveau du 5^e espace intercostal.

V. *Pointe du cœur*

On a longuement discuté pour savoir les rapports

précis de la pointe du cœur et du thorax. On l'a placée successivement dans le 4^e espace, sous la 5^e côte, dans le 5^e espace. Les procédés de repérage sont nombreux : nous nous bornerons aux renseignements fournis par la radioscopie : chez un individu normal (en ce qui concerne à la fois le cœur et la paroi thoracique) la pointe du cœur bat dans le 4^e espace intercostal, lorsque le malade est étendu sur le dos, sous la 5^e côte, quand il est debout ou assis, et dans les deux cas un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. Elle est donc exactement à la limite supérieure du Traube.

VI. *La grosse tubérosité de l'estomac*

On peut étudier ses rapports, soit par les procédés anatomiques habituels, soit par la radioscopie.

Les anatomistes classiques et, en particulier JONNESCO (*in* POIRIER et CHARPY), assignent comme projection au fond de la grosse tubérosité le milieu du 4^e espace intercostal un peu en dedans de la ligne mamillaire ; de là la limite descend en courbe douce, du côté externe, un peu plus franchement au contraire vers l'appendice xyphoïde. Les radioscopies que nous avons observées, les radiographies que nous avons étudiées, nous ont permis de faire les constatations suivantes : le diaphragme étant au repos, la coupole qu'il forme à gauche remonte en projection jusqu'au 5^e cartilage costal, immédiatement sous la pointe du cœur, comme il est aisé de le concevoir. Normalement, toute la zone sous-diaphragmatique est sombre, mais si le malade est à jeun et si on introduit des gaz dans

son estomac, nous voyons se dessiner une zone claire, immédiatement sous-jacente au diaphragme, c'est la *bulle gastrique, la chambre à air* de l'estomac; elle épouse la concavité du diaphragme ou plus exactement le diaphragme se moule sur elle. Pointe du cœur, diaphragme et grosse tubérosité de l'estomac sont donc absolument juxtaposés et *le niveau normal est le 5^e cartilage costal.*

Nous avons ainsi la limite supérieure de l'estomac; reste à déterminer la limite externe ou limite postérieure de l'espace de Traube. Elle ne peut être appréciée que cliniquement. Nous la décrivons plus loin.

L'angle gauche du côlon est également en rapport avec le Traube, mais il est derrière l'estomac et n'entre pour rien dans la sonorité antérieure; la partie supérieure du côlon descendant chemine contre la paroi latérale de l'abdomen en arrière de l'estomac et contribue peut-être dans une certaine mesure à reculer la limite postérieure de la zone tympanique.

VII. *Le lobe gauche du foie*

Il recouvre le tiers interne de la grosse tubérosité (JONNESCO), parfois les deux tiers (TESTUT), et nous avons vu plusieurs fois au cours de diverses autopsies le lobe gauche d'un foie qui n'avait rien de pathologique, venir recouvrir complètement la grosse tubérosité; dans quelques cas même, il atteint l'extrémité antérieure de la rate (CHARPY). Il semble étonnant à première vue que dans un espace envahi dans une si

large mesure par le lobe gauche du foie on ait partout de la sonorité tympanique; mais il faut se rappeler que l'épaisseur du foie à cet endroit est minime, atteint 1, 2, 3 cm. au plus et ne suffit pas pour masquer la sonorité.

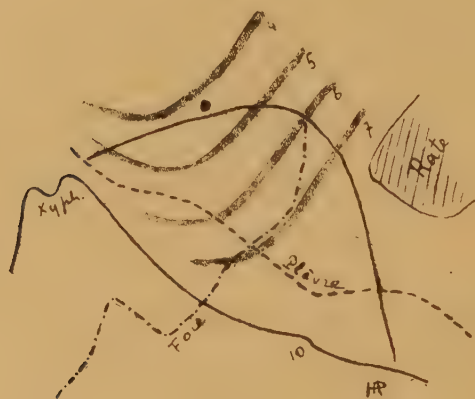


Fig. 1

Anatomie normale de l'espace de Traube. — Les repères ont été pris sur le cadavre, puis décalqués; cette figure est la reproduction au quart du décalque primitif.

(Tous les schemas qui figurent dans notre travail sont la reproduction au quart de décalques pris sur le malade: nous avons sur un même plan la partie antérieure et la partie latérale du thorax; le lecteur rétablira aisément la perspective normale).

CHAPITRE II

Etude clinique de l'espace de Traube

Pour examiner l'espace de Traube d'un malade, il faut procéder méthodiquement de la façon suivante :

Inspection :

Elle révèle en général peu de choses, voussure, dépression ou, ce qui nous intéresse davantage, anomalie respiratoire (voir symphyse phréno-costale). Pour bien apprécier ses caractères, il faut se placer non pas latéralement, mais comme le recommande JACCoud, au pied du lit du malade, celui-ci étant largement découvert. De cette façon on peut comparer le côté pathologique au côté sain et observer des différences minimes.

Percussion.

On devra pratiquer la percussion sur le sujet à jeun, le matin de préférence, par conséquent. S'il n'en était pas ainsi, le contenu stomacal viendrait continuelle-

ment gêner l'examen. Le malade sera percuté couché et assis. Tout d'abord, on fera coucher le malade sur l'extrême bord gauche du lit, en lui recommandant de rester étendu bien à plat sur le dos, les épaules à peine soulevées par un simple oreiller. Cette position a l'avantage de découvrir largement la région axillaire. On percutera d'abord la limite supérieure, adjacente au sternum, les doigts placés horizontalement sur les côtes ou dans les espaces intercostaux, et en allant des zones sonores ou inférieures vers les zones mates. La percussion devra être modérément forte et quand on arrivera à la limite du tympanisme et de la matité, on pratiquera une percussion assez superficielle pour obtenir une ligne de séparation aussi précise que possible.

On cherchera ensuite la limite postérieure de l'espace semi-lunaire. On placera les doigts parallèlement à l'axe du corps entre la ligne mamelonnaire et la ligne axillaire et on percutera en allant d'avant en arrière. La ligne de séparation est peut-être un peu plus délicate à obtenir, car la sonorité pulmonaire fait moins contraste avec le tympanisme stomacal que la matité cardiaque, mais avec un peu d'habitude on y arrivera aisément. Nous n'avons pu déterminer cette limite d'après des repères anatomiques; mais les nombreuses épreuves que nous avons faites sur des individus normaux nous permettent de la fixer à une ligne verticale ou très légèrement courbe en avant qui descendrait à 2, 3, 4 travers de doigt en arrière de la ligne mamelonnaire. Son extrémité inférieure aboutit non pas à l'ex-

trémité antérieure de la dixième côte, mais plusieurs centimètres en arrière. Ces divers détails sont évidents sur la figure 1 et sur la photographie ci-jointe.

Puis en plaçant les doigts obliquement, dans une position intermédiaire aux deux précédentes, on percute suivant une direction oblique en haut et à gauche de manière à déterminer la ligne qui joindra les deux lignes trouvées précédemment et complètera l'ensemble de la courbe.

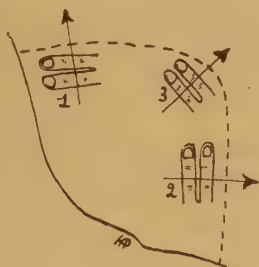


Fig. 2

Manière de percuter l'espace de Traube

Il est utile dans nombre de cas de percuter le malade dans le décubitus latéral droit. Chez un individu normal et à jeun, la percussion dans cette position donne à peu près les mêmes résultats que dans le décubitus dorsal, mais il n'en est pas de même dans beaucoup de cas pathologiques.

Enfin, on percute le malade assis. Celui-ci se tiendra d'aplomb, les épaules à la même hauteur, le tronc en rectitude; il écartera le bras gauche en mettant la main sur l'occiput et on pratiquera la percussion du Traube comme précédemment.

Pratique-t-on cet examen détaillé chez un individu

normal: l'on obtient les résultats marqués sur la photographie ci-contre.

Ici la limite supérieure de l'espace de Traube est exactement au 5^e cartilage costal. Nous avons toujours constaté le fait en examinant des sujets normaux: les données anatomiques précédentes nous amènent aux mêmes conclusions. Nous pouvons donc malgré l'opinion de Jaccond fixer ainsi d'une façon précise la limite supérieure de l'espace

Aux renseignements fournis par la percussion, il faudra joindre ceux, plus rares d'ailleurs, que peut donner la palpation. Les vibrations vocales peuvent déborder d'un ou deux travers de doigts la limite supérieure du Traube. L'auscultation ne révèle rien à l'état normal; à l'état pathologique, il peut y exister des frottements, comme nous le verrons.

..

Variations de l'espace à l'état normal

Deux facteurs entrent surtout en jeu pour les modifications morphologiques du Traube: la respiration, la digestion.

La respiration.

PITRES et la plupart des auteurs admettent que lors de l'inspiration, la limite supérieure de l'espace de Traube s'abaisse d'un centimètre environ: c'est peut-être d'appréciation un peu délicate, au moins dans cette limite. Lorsqu'on examine radioscopiquement les

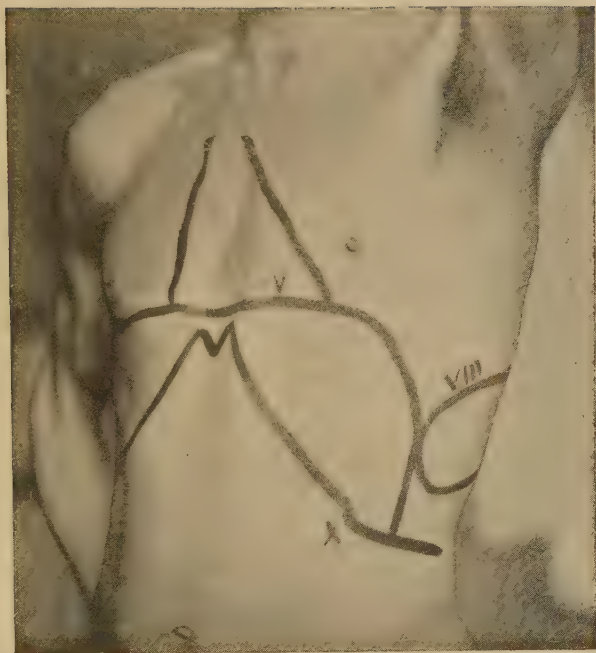


Fig. 3. — Photographie de l'espace de Traube normal

Les limites ont été déterminées par la percussion et tracées à la teinture d'iode ; la rate, impossible à percuter, a été située d'après ses rapports normaux.

contractions du diaphragme on voit celui-ci subir des mouvements d'élévation et de retrait dont l'amplitude atteint plusieurs centimètres; mais il faut noter que ces variations intéressent surtout la coupole même du diaphragme, et par conséquent, plus les fibres postérieures du muscle qui sont, comme on le sait, très obliques et très mobiles, alors que les fibres antérieures plus courtes et prenant une insertion à angle plus ouvert, ne subissent que de minimes oscillations.

La digestion.

Pendant la période digestive, l'estomac augmente de volume et la grosse tubérosité peut refouler quelque peu en haut le diaphragme et les organes thoraciques. Le fait est bien connu cliniquement (dyspnée légère, palpitations après les repas abondants, chez les malades qui présentent un léger degré de dyspepsie). Il ne nous a pas semblé que ces faits apportassent quelque modification, appréciable par la percussion, de l'espace semi-lunaire.

DEUXIÈME PARTIE

L'ESPACE DE TRAUBE A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

Nous laisserons de côté toutes les affectations pouvant intéresser la paroi; affections sous-cutanées, osseuses, cartilagineuses, musculaires; elles n'ont ici rien de particulier et nous nous occuperons seulement des lésions viscérales.

Successivement nous étudierons les affections sus-diaphragmatiques (pulmonaires, pleurales, cardiaques) puis abdominales (affections de l'estomac, du foie, de la rate, du péritoine).

CHAPITRE I

Affections pulmonaires

Pneumonie

La plupart des auteurs admettent, sans conviction, que le lobe inférieur du poumon hépatisé peut s'insinuer dans le cul de sac pleural pour donner de la matité de l'espace semi-lunaire, au moins à sa partie toute supérieure. Nous avons eu 4 ou 5 fois l'occasion de recher-

cher le fait, et dans les cas où il n'y a pas de trace d'épanchement pleural, nous avons presque toujours trouvé le Traube complètement sonore; dans un seul cas la limite était reportée au 6° espace.

Emphysème

Ici, l'espace semi-lunaire est complètement déformé, et ses altérations relèvent 1° de l'élargissement considérable de la base du thorax; 2° du refoulement du diaphragme par le poumon dilaté à l'excès.

Aussi trouvons-nous un rebord costal fuyant se rapprochant de l'horizontale, un angle xyphoïdien très obtus. Si l'on percute l'hypochondre, on trouve le plus souvent sans difficultés la limite entre le tympanisme stomacal et le tympanisme pulmonaire. Nous avons vérifié le fait sur 8 malades et nous reproduisons ici le tracé de l'un d'eux.



Fig. 4.

A) P..., 63 ans, salle Corvisart, 13 (Hôpital de la Charité).
Emphysème généralisé avec bronchite chronique, myocardite.

Néphrite interstitielle légère. On remarquera l'évasement de la base du thorax, l'exiguïté de l'espace de Traube, le léger **refoulement vers la gauche de la pointe du cœur**.

B) L. . . . 18 ans, salle Corvisart 51 (Hôpital de la Charité). Adénoïdien. Chétif. Thorax long et étroit. Espace de Traube très étendu dans le sens vertical.

Par comparaison, nous avons voulu lui juxtaposer l'espace de Traube d'un **jeune** garçon de 18 ans à thorax long et étroit, dont les espaces intercostaux sont particulièrement larges. Le contraste est frappant et montre bien la diversité si **considérable** qu'on peut observer à ce niveau.

Tuberculose pulmonaire

Nous devons à l'obligeance de M. PAILLARD, interne des hôpitaux, quelques renseignements intéressants à cet égard.

Le plus souvent, chez les tuberculeux, en raison de l'atteinte élective du sommet, les bases exercent une fonction de suppléance, respirent davantage; on sait combien fréquemment à l'autopsie d'un tuberculeux on trouve sur un même poumon de l'infiltration au sommet, et à la base de l'emphysème, qui doit être considéré comme une conséquence de la fonction *vicariante* de la partie inférieure du poumon. Or ce fait n'est pas sans avoir une traduction clinique. Supposons un malade atteint de tuberculose du sommet gauche, si nous percutons l'espace de Traube, nous trouvons ses dimensions sensiblement réduites dans le sens vertical,

la limite supérieure descendant à la 6^e et parfois à la 7^e côte.

Les dimensions transversales du Traube sont conservées, parfois même un peu amplifiées, à cause de l'élargissement général de la base du thorax.

Nous reproduisons ici un des nombreux tracés que M. Paillard a eu l'obligeance de nous montrer.

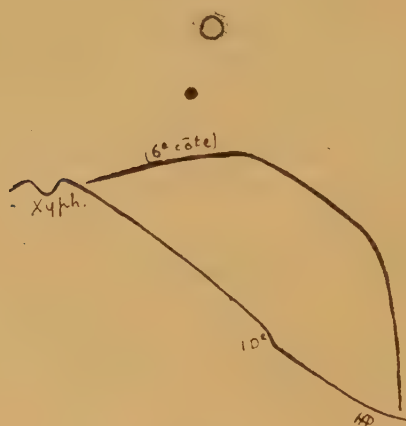


Fig. 5.

M..., 21 ans, salle Ste Jeanne, N° 2.

Tuberculose pulmonaire à évolution subaiguë. Les lésions sont surtout marquées du côté droit où il existe une caverne : à gauche il y a une infiltration marquée du sommet ; l'emphysème vicariant de la base a abaissé à la 6^e côte la limite supérieure de l'espace de Traube.

Ces faits sont surtout appréciables dans les cas de lésions du sommet gauche, mais également s'il y a des lésions droites, la suppléance, s'exerçant, comme il est aisé de le comprendre, dans l'un et l'autre cas.

Enfin, il faut ajouter que lorsqu'une pleurésie ancienne ou récente est venue modifier l'état de la plèvre à la base du thorax, les variations qu'on observe au niveau du Traube relèvent davantage de l'état pleural que de l'état pulmonaire.

CHAPITRE II



Affections de la plèvre

Pleurésies gauches

A. Pleurésies de la grande cavité.

On sait que ce sont ces pleurésies qui donnent le plus souvent de la matité de l'espace de Traube. Il est classique de dire que lorsqu'un épanchement dépasse deux litres à deux litres et demi, il donne une matité sinon totale, du moins partielle de l'espace semi-lunaire, et il est certain que c'est surtout en ce qui concerne l'évaluation de la quantité de liquide que l'étude de l'espace de Traube est surtout intéressante.

Mais déjà la constatation d'un Traube sonore peut être de quelque utilité pour le diagnostic différentiel. Voici un malade qui, lorsqu'on examine son thorax en arrière, présente les signes d'un gros épanchement pleural gauche: matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, abolition des vibrations, absence complète du murmure vésiculaire; le souffle n'existe pas ou

bien il est lointain, indistinct; si on fait compter le malade, on entend de la bronchoégophonie, parfois de la pectoriloquie aphone; le malade est dyspnéique; la question se pose d'une thoracentèse d'urgence et l'on fait préparer l'appareil aspirateur. Par prudence, et suivant un principe que nous ne saurions trop recommander, on fait préalablement dans le 7^e ou 8^e espace intercostal une ponction exploratrice pour s'assurer de la présence du liquide: la ponction reste blanche! On retire son aiguille, on s'assure qu'elle est bien perméable et l'on réitère la ponction un ou deux espaces plus bas, ou bien en se rapprochant de la ligne axillaire: elle reste encore négative et l'on acquiert la conviction qu'il n'y a pas de liquide dans la plèvre. Le bloc de la matité observé ne peut donc être dû qu'à la condensation pulmonaire, et, surtout si l'évolution aiguë de la maladie vient l'appuyer, on peut admettre une pneumonie massive, c'est-à-dire un bloc pulmonaire dans lequel il s'est fait une grosse oblitération bronchique supprimant à la fois vibrations, murmure vésiculaire et souffle tubaire.

Le diagnostic aurait pu être soupçonné en percevant l'espace de Traube: celui-ci est en effet complètement sonore et intact, le cul de sac pleural n'est pas intéressé, et si peut-être une languette pulmonaire congestionnée peut descendre un peu dans l'intervalle costo-diaphragmatique (simple supposition) elle n'abaisse jamais la limite supérieure de l'espace semi-lunaire que d'une quantité minime, cliniquement inappréciable. L'espace de Traube n'est pas tout évidemment, car on peut encore rechercher si la pointe du cœur est re-

foulée, (elle l'est dans la pleurésie, aucunement dans la pneumonie massive), mais il est souvent malaisé de le faire chez un malade dyspnéique; en pareil cas, ni la palpation, ni l'auscultation ne permettent de la localiser nettement.

Quand à la ponction exploratrice, elle doit toujours venir, dans les cas inquiétants, trancher le diagnostic. De toute façon la constatation d'un espace de Traube sonore écartera l'idée d'une thoracenthèse (inopportune ou nocive) qui ne soit point précédée de la recherche du liquide à la seringue de Pravaz.

Tels sont les points sur lesquels nous désirions insister à propos de la pneumonie massive: *les cas sont loin d'être rares* et la clinique peut aisément arriver au diagnostic chez le plus grand nombre des malades.

Le diagnostic de pleurésie étant posé, quelle est approximativement la quantité de liquide pouvant donner de la matité de l'espace de Traube?

M. PITRES nous donne la statistique suivante: sur 20 cas, 14 ont donné de la matité de l'espace semi-lunaire: 8 ont donné une matité complète: ils étaient respectivement de 5.100, 4.000, 3.600, 3.500, 1900, 1600, 1500 et 1400 gr, — 6 ont donné une matité incomplète: 4.000, 3.000, 2.600, 1.800, 1.200, 1.000 grammes. Enfin, 6 ne sont aucunement accompagnés de matité: 2.800, 2.100, 1.800, 1.300, 1.200, 1.100 grammes. Le diagnostic de quantité a été fait d'après le liquide évacué par thoracentèse. Pareille mesure ne semble pas d'une exactitude rigoureuse, car on n'est jamais sûr d'évacuer

tout le liquide d'une pleurésie et cela à 500 gr. près, facilement. De plus M. PITRES s'étonne que de gros épanchements (2.800 grammes par exemple) ne donnent pas de matité de l'espace de Traube, alors que des épanchements plus faibles (1.400 grammes par exemple) donnent une matité complète. Mais, en pareil cas, il n'y a pas que la quantité de liquide qui importe, il y a aussi les dimensions du thorax qui le contient; tel épanchement de 1500 grammes sera considérable chez une femme de petite taille dont le thorax est exigu, tel autre de 2500 sera noté comme peu abondant chez un homme dont la poitrine est largement développée; l'examen de l'espace de Traube ne permet aucunement de dire la quantité absolue du liquide (ce qui n'a aucun intérêt) mais d'établir *une relation* entre la quantité de liquide et la capacité thoracique.

Dans certains cas, à la vérité, il y a *symphyse pleurale* au niveau de l'espace semi-lunaire et si les adhérences sont suffisamment solides pour effacer la cavité séreuse, sans être assez épaisses pour provoquer la matité, on pourra observer des pleurésies à gros épanchement où l'espace de Traube restera hypersonore. Toutefois, il y a moyen de se rendre compte dans la très grande majorité des cas si cette symphyse existe réellement: si la plèvre est perméable, alors que l'épanchement est relativement faible, à plus forte raison lorsqu'il est abondant, le Traube est sonore quand le malade est couché, mais il devient mat lorsqu'il s'assied; c'est le phénomène classique bien connu du *dénivellement*; Pr-

TRES l'indique, et tous les auteurs en reconnaissent l'exactitude.

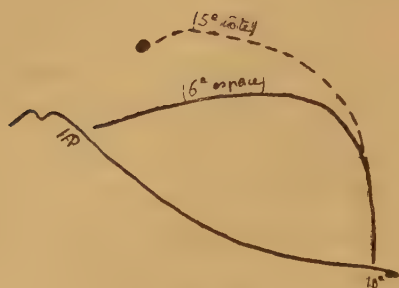


Fig. 6

X... 19 ans, Salle St-Charles n° 1 (Hôtel Dieu). Pleurésie gauche à frigore datant de 15 jours. La matité remonte en arrière à mi hauteur de l'omoplate. Lorsque le malade est couché l'espace de Traube est complètement sonore ; sa limite supérieure est indiquée par le pointillé ; si le malade s'assied, la matité s'abaisse au 6° espace c'est le phénomène classique de la *dé-nivellation*. On remarquera la déviation de la pointe vers le sternum.

Dans le cas où il y a de symphyse pleurale au contraire, le Traube reste sonore ; nous étudierons spécialement ces cas avec les symphises phréno-costales et les pleurésies partielles (1).

Enfin, dans d'autres cas, il existe en dehors de toute affection pleurale de la matité de l'espace de Traube ;

(1) Peut-être y a-t-il des cas où l'espace de Traube reste sonore malgré tout par anomalie du cul-de sac pleural qui ne descendrait que très peu dans l'hypochondre gauche. Ce sont là des points sur lesquels les anatomistes et les cliniciens auraient à apporter des observations. Pour le moment le fait n'est aucunement résolu et nous ne faisons que poser une hypothèse.

que le malade fasse une pleurésie: si l'on se base sur la percussion de cet espace, on fera un diagnostic de quantité erroné. Or si l'examen est superficiel, non si l'examen attentif des causes voisines, susceptibles de provoquer le même symptôme, démontre la raison d'être de cette matité. Ce sont des points que nous éluciderons plus loin.

De toute façon, dans les pleurésies gauches intéressant l'ensemble de la cavité pleurale, les renseignements fournis par l'examen de l'espace de Traube conservent toute leur importance; s'ils ne mesurent pas mathématiquement l'épanchement (et quelle méthode pourrait le faire? (1)) ils fournissent une notion utile: l'épanchement est-il menaçant (asphyxie, syncope, mort subite)? doit-il être ponctionné? Oui si l'espace de Traube est mat. Voilà le gros fait clinique élémentaire dont on doit toujours se souvenir en présence d'une pleurésie gauche.

∴

L'examen de l'espace semi-lunaire peut aussi fournir des renseignements sur l'évolution de la pleurésie. Voici un malade chez lequel on suit la rétrocession d'un épanchement gauche; il ne faut pas comme on le fait trop souvent se contenter d'attendre la descente de la limite supérieure (du reste parfois le poumon splénisé sous l'épanchement, entretient une matité trompeuse et un silence que l'on met volontiers sur le compte de

(1) GRANIER (Th. Paris 1902) étudie les différents moyens que la clinique peut employer pour faire le diagnostic de quantité et insiste du reste sur la difficulté de ce diagnostic: le meilleur moyen serait le procédé colorimétrique du bleu de méthylène de Niclot simplifié par Achard.

la pleurésie); dans une pleurésie gauche effaçant l'espace de Traube, la ligne de matité qui rétrocede la première n'est pas la limite supérieure, mais bien la limite inférieure, et l'espace semi-lunaire peut redevenir complètement sonore avant que l'épanchement pleural n'ait baissé son niveau postérieur. C'est qu'à mesure que la tension intra-thoracique baisse, le diaphragme continuellement sollicité par la pression intra-abdominale vient reprendre sa place normale, et cette réascension rétablit le tympanisme de l'espace semi-lunaire.

L'effacement de l'espace semi-lunaire dans la pleurésie gauche se fait suivant un mode constant qui est le suivant : la matité tout d'abord ne dépasse pas les limites du cul-de-sac pleural mais l'atteint, 1° en arrière; 2° en haut. En étudiant l'anatomie normale de l'espace de Traube nous avons insisté sur ce fait que sa limite postérieure (bien mal fixée par les auteurs classiques) est intermédiaire à la ligne mamelonnaire et à la ligne axillaire et aboutit en bas le plus souvent, non pas à l'extrémité de la 10^e cote, mais 2, 4, 6 cm. en arrière. C'est par cette zone postérieure que l'espace commence à s'effacer et le fait a son intérêt car lorsque l'espace de Traube est mat du fait d'une hypertrophie hépatique, cette zone postérieure est celle qui reste le plus longtemps intacte. Elle reste toujours intacte dans le cas de péricardite avec épanchement considérable dont nous étudierons plus loin les formes de matité. Puis, lorsque l'épanchement pleural devient plus abondant, la plèvre se distend, atteint le rebord costal et peut le dépasser, venant faire pour ainsi dire saillie dans l'abdomen.

Pour nous résumer, en ce qui concerne les pleurésies gauches de la grande cavité, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

1. Lorsqu'une pleurésie gauche occupant toute la cavité pleurale donne de la matité de l'espace de Traube, on peut admettre le plus souvent que cette pleurésie dépasse 1.000 et même 1.500 gr. Mais la matité du Traube renseigne moins sur la quantité absolue du liquide que sur *le rapport* qui existe entre le volume de l'épanchement et la capacité thoracique. *Dans l'immense majorité des cas, la matité de l'espace semi-lunaire commande la thoracentèse.*

2. Dans beaucoup d'épanchements moyens, le Traube sonore quand le malade est couché, devient mat quand le malade s'assied. C'est le *phénomène du dénivellement.*

3. Lorsque le cul de sac pleural à ce niveau est symphysé et imperméable et si la symphyse est mince, le Traube reste sonore même en cas de pleurésie, quelque position que prenne le malade.

4. La matité intéresse toujours et intéresse d'abord la partie postérieure de l'espace. C'est important pour le diagnostic avec les matités de cause hépatique.

5. En cas de syndrome pseudo-pleurétique (pneumonie massive, spléno-pneumonie) avant que la ponction exploratrice ne vienne renseigner définitivement ; la sonorité de l'espace de Traube permet de soupçonner l'absence de liquide dans la plèvre.

B. Pleurésies enkystées.

JACCOUD insiste après Traube sur une forme particulière de pleurésie enkystée, *pleurésie sous-mammaire*, occupant le cul de sac séreux au niveau de l'hypocondre gauche et ne s'accompagnant pas de signes pleuraux à la partie postérieure du thorax. Voussure, matité absolue, absence d'expansion inspiratoire, douleurs plus ou moins vives suivant les cas, sont les symptômes ordinaires de cette affection sur laquelle nous n'avons pas à insister ici à cause de sa rareté relative. On pourrait, il est vrai, la confondre avec certaines autres affections et à cause de la voussure avec certaines tumeurs abdominales, des tumeurs de la rate, par exemple; mais il est exceptionnel que cette pleurésie se localise d'une façon absolument tranchée à la zone de Traube. Le plus souvent, elle la déborde en haut, et à la face antérieure du poumon gauche, on a des signes stéthoscopiques qui permettent d'admettre nettement l'existence d'un épanchement pleural.

On peut d'ailleurs discuter quelle place cette pleurésie peut occuper dans la classification générale des épanchements pleuraux; d'aucuns la rangent parmi les pleurésies diaphragmatiques. Cela ne nous semble pas absolument logique, car ces dernières pleurésies sont, à proprement parler, celles qui intéressent exclusivement la plèvre diaphragmatique, qui entraînent l'immobilisation du diaphragme et une névralgie phrénique intense.

Or la pleurésie sous mammaire est plutôt antérieure qu'inférieure, et nous la rapprocherions volontiers de

ces formes de pleurésies droites sur lesquelles ont insisté HUCHARD puis RÉNON, qui surviennent de préférence chez les cardiaques, ont un siège sus-hépatique et simulent plutôt un gros foie qu'un épanchement pleural (pleurésie latente sus-hépatique des cardiaques). Cette pleurésie sous-mammaire est surtout fréquente chez les tuberculeux. Ces malades font un épanchement là où la plèvre, symphysée ailleurs, le permet; il est en général peu considérable et peut évoluer vers la purulence.

Enfin nous pouvons noter que parfois la pleurésie est biloculaire, à la fois postérieure (banale) et antérieure (traubéenne), la région axillaire restant à peu près normale (JACCOUD, COLIBERT).

C. Symphyse phréno-costale.

« L'épanchement sous-mammaire est-il la seule condition pathologique qui puisse faire disparaître le
« tympanisme semi-lunaire? Traube a répondu par
« l'affirmative et sur son autorité cette erreur grave
« s'est répandue et accréditée; elle peut être la source
« d'un péril immédiat pour le malade. A cette question
« majeure, j'ai déjà fait, en 1879, une réponse négative et mes nombreuses observations ultérieures la
« confirment de tous points. Non, cent fois non, l'épanchement sous-mammaire n'est pas la seule condition
« qui puisse faire disparaître le tympanisme semi-lunaire et conséquemment la disparition de ce tympanisme n'est pas un signe certain de la présence d'un
« liquide dans cette région. Quelle est donc cette autre condition pathologique qui est capable de pro-

« duire ce même effet, en l'état d'intégrité des organes
« abdominaux? C'est ainsi que je l'ai démontré, la pré-
« sence de fausses membranes entre le bord inférieur
« du poulmon, le diaphragme et le péricarde d'une part,
« et la plèvre costale d'autre part; ces fausses membra-
« nes constituent ce que j'ai appelé l'adhérence ou
« *symphyse phréno-costale*. » (1)

Nous allons reprendre d'après Jaccoud l'histoire de cette symphyse phréno-costale et nous en rapporterons un cas inédit observé dans le service de M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

En laissant de côté pour le moment les modalités inhérentes au début et à l'évolution, étudions la maladie à sa période d'état.

C'est tout d'abord *l'inspection* qui va nous donner les renseignements les plus intéressants. Chez un individu normal qui présente une respiration diaphragmatique ample, au moment de l'inspiration la base du thorax s'élargit, les côtes s'écartent de la ligne médiane et l'épigastre fait saillie, bombe à l'extérieur; au contraire, s'il y a symphyse phréno-costale, c'est-à-dire si le versant antérieur du diaphragme est réuni par des tractus fibreux à la paroi costale, ces tractus vont retenir l'expansion pariétale et l'on observera ce double phénomène sur lequel insiste JACCOUD : 1° à chaque inspiration, *dépression active des espaces intercostaux inférieurs*; 2° à chaque inspiration, traction des côtes elles-mêmes vers la ligne médiane. La dépression inspiratoire des espaces intercostaux pourrait a priori faire

(1) Jaccoud. — Cliniques de la Pitié 1885. Séméiologie de l'espace semi-lunaire.

songer à du tirage (dû à un obstacle laryngé ou trachéal) ; mais il suffit de constater que cette dépression ne se produit point pour les autres espaces intercostaux. Que l'on se place, comme le recommande JACCOUD, au pied du lit du malade et l'on verra, s'il existe une symphyse phréno-costale gauche, du côté gauche la dépression que nous signalons, du côté droit, au contraire, l'expansion inspiratoire normale ; d'où un mouvement de bascule qui rend le phénomène des plus nets.

La palpation révèle peu de chose, parfois un peu d'endolorissement de la région ; nous n'avons pas vu signalée la névralgie phrénique ; il n'est pas illogique d'admettre qu'elle puisse exister dans certains cas.

La percussion montre :

a) si les adhérences sont minimales, peu épaisses, le tympanisme normal parfois même plus étendu en hauteur : la limite supérieure de l'espace de Traube est reportée plus haut, du fait de la rétraction pleurale et de l'immobilité de la base du poumon ;

b) si les adhérences sont épaisses, (et elles peuvent parfois atteindre plusieurs centimètres), *une matité absolue* qui est souvent le premier signe attirant l'attention du clinicien.

L'auscultation :

a) lorsque la symphyse est mince, incomplète, l'auscultation fait entendre des frottements qui sont particulièrement intéressants à constater dans cette zone normalement silencieuse et qui permettent d'affirmer l'atteinte de la plèvre ;

b) lorsque la symphyse est épaisse, dense, complète, la région est le siège d'un silence absolu.

L'étiologie de la symphyse phréno-costale consiste dans la plupart des cas, dans une pleurésie antérieure; la symphyse partielle en constitue le résultat. Elle peut être consécutive aussi à une péricardite tuberculeuse chez l'enfant.

Son intérêt n'est pas d'être une simple curiosité pathologique; il n'est pas non plus dans son évolution en général lente, ne menaçant pas la vie du malade et qui dépend beaucoup plus de la tuberculose pulmonaire, concomitante. Ce qui fait son importance, d'après JACCOUD, ce sont les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu; la constatation de lésions dont le siège ne peut être rapporté qu'à la plèvre, n'indique en effet pas forcément un épanchement, et ne commande pas toujours la thoracentèse.

Cela est d'autant plus vrai que la symphyse n'est pas toujours localisée à la partie antérieure de la plèvre (là où elle est le plus facilement décelable par les signes sus-indiqués); elle peut exister à la partie postérieure et donne là des symptômes sur l'interprétation desquels on peut discuter: le plus souvent alors, on admet un épanchement pleural, et du moment que l'espace de Traube est mat, on le considère comme volumineux et devant être ponctionné. On fait la thoracentèse, on ne retire que quelques gouttes de liquide; plus souvent on ne retire rien. Une mort rapide suit cette thoracentèse inopportune et à l'autopsie, on constate que le trocart a pénétré dans l'estomac, dans le

péritoiné qu'il a ensemencé avec le pus de la plèvre; une fois le trocart était pénétré dans le cœur! Dans tous ces cas rapportés par Jaccoud, l'instrument avait perforé le double feuillet pleural symphisé et était allé déterminer les graves accidents que l'on voit.

Jaccoud qui a fort éloquemment insisté sur ces dangers, termine sa leçon clinique en conjurant le praticien de ne point se proposer de plonger un trocart dans la cavité pleurale avant de s'être assuré si cette cavité pleurale existe bien.

Nous donnons ici un schéma qui fait comprendre la disposition topographique des lésions.

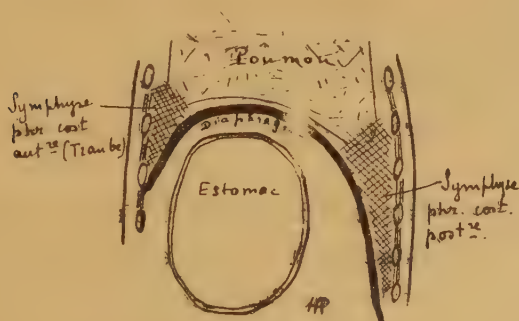


Fig. 7

Coupe antéro postérieure schématique du thorax en cas de symphyse phrénocostale. Le cul de sac pleural antérieur (au regard de l'espace de Traube) est oblitéré par des adhérences qui en déterminent la matité ; nous avons également figuré les adhérences postérieures qui montrent le danger d'une thoracentèse aveugle, le trocart pouvant pénétrer dans l'abdomen.

Très souvent on sera en droit de soupçonner la symphyse en arrière, s'il existe en avant des signes de sym-

physe plhréno-costale. L'observation suivante qui nous a été communiquée par M. Paillard confirme pleinement les idées de Jaccoud.

Observation (INÉDITE) de symphyse plhréno-costale de Jaccoud, publiée avec l'autorisation de M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, couchée au lit n° 4 de la salle Sainte-Jeanne et exerçant la profession de fleuriste. Elle est entrée à l'hôpital le 13 juillet 1905, non point pour une affection aiguë ou pour un épisode inquiétant quelconque. Elle était alors convalescente d'une *congestion pulmonaire*, d'une *pleuropneumonie* pour laquelle elle avait été soignée chez elle pendant deux mois, et elle n'entrait à l'hôpital que sur l'invitation pressante de son médecin désireux de voir élucider quelques particularités cliniques qu'il observait.

L'histoire antérieure de sa maladie est assez banale : le 21 mai, la malade a été prise de frissonnements répétés et de douleur dans l'aisselle gauche avec un peu de fièvre le soir ; depuis quelques jours, du reste, elle se sentait déjà un peu mal à l'aise, mangeait peu, ne dormait pas, souffrait de la tête. Ces symptômes se sont accentués ensuite et se sont accompagnés de vertiges, de nausées. Il y avait un peu de toux quinteuse avec quelques crachats, mais pas de dyspnée véritable ; simplement le point de côté gauche gênait un peu les mouvements du bras et l'amplitude de la respiration. Les deux jours suivants, l'état semble s'aggraver mais sans être inquiétant ; la température est à 39°, la malade

est abattue, ne s'alimente pas, est obligée de suspendre l'allaitement d'un enfant qu'elle nourrissait jusqu'alors. Le 24 mai, elle appelle un médecin qui fait le diagnostic de congestion pulmonaire, prescrit le régime lacté, une potion calmante et l'application de ventouses sèches. L'état s'améliore sensiblement, le point de côté disparaît, la température d'abord un peu oscillante revient à la normale au bout de 8 jours; la malade se trouvait bien, voulait se lever, s'alimenter. Il ne restait qu'une légère anhélation vespérale ou quand elle marchait un peu trop vite dans son appartement. Au bout de 15 jours, elle se considérait comme à peu près guérie. Cependant le médecin n'était pas du même avis; ses visites restaient fréquentes et son diagnostic était visiblement hésitant. Il prescrivit d'abord des cataplasmes sinapisés, puis appliqua à deux reprises d'abondantes pointes de feu.

Le 26 juin, il pratiqua une ponction exploratrice qui fut négative; renouvelée 3 jours après, elle ne donna pas plus de résultats.

Le 12 juillet, il amena la malade à M. LE DOCTEUR CROUZON, alors chef de clinique adjoint de M. le Professeur Dieulafoy. Le docteur Crouzon pratiqua dans le neuvième espace intercostal, à la partie postérieure du thorax à gauche, une troisième ponction exploratrice et parvint à retirer une faible quantité de liquide séro-fibrineux qui, centrifugé et examiné au point de vue cytologique, montra de nombreux lymphocytes, des polynucléaires en moins grand nombre, mais en quantité assez appréciable pour qu'on puisse admettre qu'il

y avait là encore activité inflammatoire, enfin en nombre restreint, des globules rouges et quelques cellules endothéliales.

Le 13 juillet, la malade entra dans le service, salle Sainte-Jeanne et l'examen donna les résultats suivants :

Inspection.

A première vue, elle révèle peu de choses; le thorax est amaigri, il semble qu'il y ait un peu d'ampliation du côté gauche, mais elle est très légère de 1 cm. à 1 cm et demi à la mensuration, et d'autre part, le signe du cordeau de PITRES n'existe pas.

De plus, il y a quelques modifications de l'espace de Traube, et nous y reviendrons tout à l'heure.

Palpation.

Les vibrations vocales sont normales sur toute l'étendue du poumon droit; à gauche, elles sont normales et même un peu exagérées dans les 4/5 supérieurs du poumon en arrière; elles ne sont pas abolies, mais sensiblement diminuées dans le cinquième inférieur, c'est-à-dire sur une hauteur de 4 à 5 cm.

Percussion.

Rien d'anormal à droite.

A gauche, matité dans les 2/3 inférieurs du poumon en arrière, matité de l'espace de Traube sur laquelle nous reviendrons. Pas de skodisme sous-claviculaire. En même temps que la matité existe la résistance au doigt caractéristique.

Auscultation.

Rien d'anormal à droite.

À gauche, dans les 2/3 inférieurs existe un souffle extrêmement marqué: souffle aspiratif, uniforme que l'on entend à l'inspiration et surtout à l'expiration. Très marqué à la base et au niveau du hile, il se perd progressivement quand on approche du sommet ou quand on ausculte l'aisselle. Dans cette même région, égophonie ou plutôt bronchoégophonie et enfin pectoriloquie aphone des plus nettes.

Au sommet, respiration un peu saccadée, peut-être légèrement diminuée dans l'ensemble.

Le cœur n'était aucunement déplacé, la pointe battant sous la cinquième côte à 8 ou 9 cm du sternum, le pouls est peut-être un peu mou, oscillant entre 85 et 100. Pas de température ou plus exactement température oscillant assez irrégulièrement autour de 37 et présentant des réascensions à 37.7, 37.8. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Malade bien réglée, 3 enfants.

. . .

En présence de tous ces symptômes, le diagnostic fut porté de pleurésie séro-fibrineuse avec assez grosse réaction pulmonaire sous-jacente, le tout probablement de nature bacillaire. Mais il y avait quelques anomalies: la *durée si prolongée* de la maladie qui évoluait ainsi depuis 2 mois et demi, et par ailleurs, tout le temps que la malade est restée à l'hôpital (1 mois 1/2) les symptômes ne se sont aucunement modifiés. L'intensité du souffle pouvait ressortir, il est vrai, à la

condensation pulmonaire sous-jacente, mais avait néanmoins beaucoup des caractères du souffle pleurétique: surtout expiratoire, à timbre aigre aspiratif et non rude; les caractères accentués de ce souffle contrastaient avec le peu de liquide constaté, l'exiguité de la zone d'abolition des vibrations, la conservation du murmure vésiculaire.

Enfin et c'est là le point le plus curieux, *l'espace de Traube* est le siège d'une matité absolue, quelle que soit d'ailleurs la position de la malade: la matité s'étend sur toute la surface de l'espace, laissant à peine en avant et en bas un travers de doigt de marge au niveau du rebord costal.

Il ne peut pas être question d'admettre un gros épanchement; les signes stéthoscopiques s'y refusent, et du reste, le cœur n'est pas dévié. Admettre une hypertrophie hépatique venant masquer la grosse tubérosité de l'estomac? Nous n'avons aucune raison pour le faire; le foie a son volume normal, ne déborde pas les fausses côtes, est inappréciable à l'épigastre. De même pour les hypertrophies spléniques. La persistance de la matité de l'espace de Traube, retrouvée tous les jours identique à elle-même, élimine également toute matité pouvant tenir à la réplétion passagère de l'estomac ou du côlon transverse.

Puisque nous savons que la pèvre est déjà malade, n'est-il pas plus logique d'admettre que le processus pleural s'est prolongé à ce niveau et que le cul de sac pleural traubéen est intéressé. Nous rejetons d'ailleurs

le diagnostic de pleurésie diaphragmatique dont nous n'avons ni la douleur, ni la dyspnée?

Mais s'agit-il d'épanchement pleural enkysté ou d'adhérences pleurales? C'est alors que notre attention fut attirée sur le symptôme des plus intéressants, mis en évidence par JACCOUD. En demandant à la malade de faire de larges et profondes inspirations, on voyait se produire, au niveau des espaces intercostaux de l'espace de Traube, *une dépression* marquée, creusant un sillon entre chaque côte, le tout revenant à la normale au moment de l'expiration. Cette *dépression inspiratoire* n'existait que là et nullement au niveau des autres espaces. Il n'y avait pas de tirage ni sus-sternal, ni épigastrique. En même temps et par comparaison avec le côté opposé, on notait une diminution sensible de l'expansion de la base du thorax, à gauche, et même les côtes, au lieu de s'écarter du sternum, semblaient *tirées vers la ligne médiane*. Ces deux symptômes: *dépression inspiratoire des espaces intercostaux* et *traction des côtes vers la ligne médiane*, sont indiqués par JACCOUD comme traduisant la présence d'adhérences pleurales épaisses unissant le diaphragme à la paroi costale « symphyse phreno-costale de JACCOUD. » Nous étions donc, dans ce cas, en présence de cette affection si particulière. Ajoutons que la malade a été suivie pendant un mois et demi. Rien ne s'est modifié au niveau de l'espace de Traube. En arrière, les symptômes se sont amendés, tout le poumon est redevenu perméable à la respiration, mais on doit envisager la possibilité d'une évolution pulmonaire ul-

térieure. *La malade sortit en bon état de l'hôpital, avec un minimum de symptômes pleuraux en arrière, mais avec sa symphyse phréno-costale constituée.*

* *

Pour nous résumer en ce qui concerne les pleurésies enkystées, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

On peut observer dans la plèvre traubéenne deux sortes de réactions :

1. l'une, pleurésie avec épanchement, pleurésie sous-mammaire, véritable poche enkystée, surtout fréquente chez les tuberculeux :

2. l'autre, pleurésie avec adhérences pures sans liquide, s'accompagnant de péripleurite et de rétraction : *symphyse phréno-costale de JACCOUD*. Celle-ci est surtout intéressante au point de vue clinique et sa connaissance fera éviter des erreurs de diagnostic et des thoracentèses dangereuses.

Pleurésies droites

PITRES, percutant l'espace de Traube d'un certain nombre de malades atteints de pleurésie droite, a constaté que cet espace était mat dans un tiers des cas environ, et qu'il redevenait sonore après évacuation de l'épanchement. Il pense que cette matité est due au déplacement du foie par la pleurésie ; en effet, lorsqu'un épanchement pleural droit abondant refoule le diaphragme, non seulement il abaisse le foie, mais le liquide venant distendre le cul de sac costo-diaphragmatique, refoule également le foie vers la gauche. Le lobe gauche du foie vient couvrir la grosse tubérosité

de l'estomac et détermine la matité de l'espace semi-lunaire.

Nous avons eu l'occasion de vérifier le fait et l'avons trouvé nettement dans deux cas de pleurésie droite dont l'abondance pouvait être évaluée respectivement à 1.800 gr. et 2.500 gr.

Mais ce que nous avons constaté aussi, c'est que la sonorité ne disparaît pas complètement de l'espace de Traube; il persiste en effet à la partie postérieure de celui-ci une zone où le tympanisme reste normal, zone limitée en avant par la matité hépatique, en arrière par le poumon et nous pouvons noter également au moins dans le cas que nous reproduisons ici, le report très notable en arrière de la limite de l'espace de Traube, comme si l'estomac refoulé, refoulait à son tour les organes voisins.

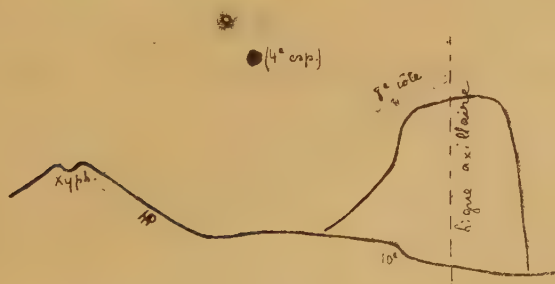


Fig. 8

S... 50 ans. Pleurésie droite, datant de 1 mois 1/2 ; la quantité de liquide peut-être appréciée cliniquement à 1800 c. c. environ. La sonorité Traubéenne ne persiste que dans une zone étroite située sur la ligne axillaire et limitée en haut par la 8^e côte.

La matité est causée par le foie que la palpation abdominale permet de sentir se prolonger sous l'hypochondre gauche. L'estomac refoulé, a refoulé à son tour les organes voisins et ainsi la limite postérieure de l'espace de Traube se trouve sensiblement reportée en arrière de sa situation normale.

CHAPITRE III

Affections cardiaques

Péricardites avec épanchement

Les modifications apportées à l'espace de Traube par la présence d'un épanchement péricardique, ont été soigneusement étudiées par CUILLE (1) sous la direction d'ARTIGALAS. Ces auteurs ont fait une double étude expérimentale et clinique; cette dernière, seule, nous intéresse et d'ailleurs elle est assez démonstrative: la limite supérieure de l'espace de Traube peut être divisée en deux parties, l'une interne *gastro-cardiaque*, l'autre externe *gastro-pulmonaire*. Cliniquement, le siège de la pointe du cœur permet de séparer ces deux lignes.

Or, s'il y a péricardite avec épanchement, la distension de la séreuse se fait sentir jusqu'à l'aire de Traube sous la forme d'un triangle qui comble l'angle interne et supérieur de l'espace semi-lunaire, pouvant

(1) CUILLE Des variations pathologiques de l'espace de Traube dans les péricardites avec épanchement. Th. Bordeaux 1887-1888.

atteindre la 7^e ou la 8^e côte, mais respectant toujours la ligne cardio-pulmonaire et la moitié externe de l'espace. Du reste, il faut déjà, pour cela, un épanchement assez considérable : s'il est faible, le liquide s'accumule simplement dans le cul de sac postérieur. Parfois, il s'y localise d'une façon remarquable donnant des signes de compression médiastine ou de la matité appréciable à la percussion postérieure du thorax (Rendu, Pins), mais les épanchements généralisés abondants, s'accompagnant de voussure thoracique, s'étendent toujours jusqu'à l'espace de Traube et y donnent la matité classique.

BERTEAUX (Th. Lyon 1906), a étudié avec soin les signes physiques des péricardites à gros épanchement ; il note, comme Cuillé, la matité de la partie interne de l'espace de Traube, matité considérable qui peut parfois dépasser le rebord costal.

Symphyses cardiaques

La question est ici un peu plus complexe. Si la symphyse a provoqué une hypertrophie cardiaque, la pointe du cœur vient se loger en plein espace de Traube et y donner une matité facilement concevable ; elle y provoque en même temps, les diverses modifications (ondulations précordiales, rétraction systolique de la pointe), inhérentes à la symphyse et sur lesquelles nous n'avons pas à insister. Mais s'il s'agit d'une symphyse tuberculeuse, que le cœur soit hypertrophié ou non (et nous savons qu'en règle générale il est atrophié) ce qui est important ici, ce sont les phénomènes de péri-

péricardite, de médiastinite et parfois de pleurésie concomitante. Le pouls paradoxal pourra nous révéler la médiastinite; la névralgie phrénique, l'englobement du nerf phrénique. C'est l'examen de l'espace de Traube qui nous permettra de dire si la plèvre est touchée. D'une part, cet espace sera mat et de plus l'auscultation y révélera des frottements, du moins, si la participation pleurale est encore de date récente; l'examen montrera au contraire une véritable symphyse phréno-costale si les brides sont épaisses et rétractiles. Enfin, les affection hépatiques et périhépatiques si fréquentes en pareil cas, entrent également en ligne de compte pour la matité de l'espace.

Affections cardiaques

ARCELIN (Th. Lyon 1906) a étudié à l'aide de la radioscopie orthogonale, l'aire de projection du cœur pathologique. Quoiqu'il ne l'ait point fait en indiquant toujours les modifications précises au niveau de l'espace de Traube, on peut les soupçonner aisément, d'après les chiffres qu'il donne comme repères.

Dans l'insuffisance aortique, dans l'hypertrophie brighitique, dans l'anévrysme de l'Aorte, la pointe du cœur vient se loger en plein espace de Traube.

Dans l'asystolie, l'espace de Traube peut être doublement intéressé, d'une part par l'augmentation de la matité cardiaque qui peut envahir toute la moitié supérieure de l'espace (même la partie externe, car la pointe est déviée vers l'aisselle) et d'autre part à cause de l'hypertrophie du foie dont le lobe gauche peut venir se loger devant la grosse tubérosité de l'estomac.

L'anévrisme pariétal du myocarde peut exceptionnellement prendre à la pointe du cœur un développement tellement considérable qu'il vient faire saillie à l'épigastre (un cas rapporté par PELVET).

On ne s'étonnera point que nous signalions ici tous ces détails d'affections cardiaques dont le diagnostic semble en somme assez facile et dont le retentissement au niveau de l'espace de Traube paraît d'ordre très secondaire. Il ne faut assurément rien exagérer mais nous estimons qu'il y a intérêt à rechercher la limite inférieure de matité cardiaque avec autant de soin qu'on examine si cette matité dépasse le bord droit du sternum ou s'élève vers la coracoïde gauche; le fait est d'ailleurs d'autant plus logique qu'on est là en pleine zone tympanique où les détails de percussion peuvent être estimés assez aisément.

De plus, ce que les auteurs laissent en général d'imprécis en cette matière, tient à ce que la limite supérieure de l'espace de Traube n'est pas très bien fixée dans leur esprit : 5^e espace, 6^e espace, 6^e côte, 7^e côte ! Nous avons vu qu'on devait la fixer sensiblement plus haut, à la 5^e côte à la fois d'après les renseignements anatomiques et d'après les données cliniques; on conçoit alors que les affections cardiaques puissent retentir fréquemment sur cet espace.

CHAPITRE IV

Affections abdominales

Affections stomacales

Lorsque nous avons entrepris ce travail, nous pensions que la pathologie stomacale pourrait nous fournir un large sujet d'études. Mais la bibliographie ne nous donne que peu de renseignements; l'exploration même radioscopique de l'estomac se cantonne surtout à la partie inférieure de celui-ci et la grosse tubérosité, *la chambre à air de l'estomac*, semble sujette à si peu de variations que son étude tient en quelques lignes.

En effet, les recherches que nous avons faites sur divers malades ne nous ont pas donné grands renseignements.

Nous n'insisterons ici que sur deux points: les modifications de l'espace de Traube suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, les modifications dans les cas de ptose gastrique.

Nous avons, précédemment, recommandé d'examiner à jeûn les malades dont on voulait percuter l'espace semi-lunaire: l'absorption de liquide en petite quantité, 100 à 200 grs, ne modifie pas la sonorité de l'espace de Traube, le sujet étant couché; si le sujet est assis, on peut avoir, pendant quelques minutes, de la matité; si on fait coucher le malade sur le côté droit, la sonorité reparaît entièrement.

Lorsque la quantité de liquide absorbé est de 500 à 800 grs, l'espace de Traube est mat, même lorsque le malade est étendu sur le dos; le tympanisme réapparaît presque complètement quand le malade se couche sur le côté droit. Telles sont les constatations que nous avons eu l'occasion de faire plusieurs fois. Elles n'ont du reste rien d'absolu, varient certainement d'un individu à l'autre; ce qui semble varier surtout c'est la rapidité plus ou moins grande avec laquelle l'espace de Traube redevient sonore. Il est probable que chez les dyspeptiques et les individus qui présentent de la stase gastrique, il peut rester mat assez longtemps. C'est une cause d'erreur dont il faut tenir compte, mais il est facile de s'assurer qu'elle est liée à la réplétion stomacale, si le malade, étant couché sur le côté droit, la sonorité traubéenne redevient normale.

En ce qui concerne la *ptose gastrique*, nous regrettons de n'avoir pas eu l'occasion d'examiner plus de malades. Nous pouvons du moins rapporter l'observation suivante où la *ptose gastrique* était associée à ses *ptoses abdominales multiples*.

OBSERVATION (résumée)

R.... 42 ans. cuisinière. Salle Sainte-Jeanne n° 18.

Douleurs abdominales coïncidant avec la station debout. Dyspepsie acide. Constipation. L'examen montre un ventre flasque (dilaté par 3 grossesses antérieures, rapprochés). La masse intestinale flotte au-dessus du pubis, l'estomac clapote très bas. Le thorax ne présente rien d'anormal, semble un peu élargi à la base. La limite supérieure de l'espace de Traube *descend au 7^e cartilage costal*, la limite postérieure est à l'extrémité antérieure de la 10^e côte. Pas de tuberculose, pas d'emphysème. Tous les troubles sont améliorés par le port d'une ceinture de Glénard.

Nous remarquerons ici l'exiguité de l'espace de Traube, probablement par descente permanente du diaphragme.

Affections hépatiques

Nous avons déjà vu, à propos des pleurésies droites, que le foie, lorsqu'il venait faire saillie dans l'espace semi-lunaire, en déterminait la matité; ce qui est vrai pour les déplacements du foie, l'est également pour les hépatomégalies.

Les cas se présentent d'ailleurs sous des aspects assez divers. Les plus typiques sont ceux où l'on a affaire à un cancer massif et généralisé du foie. La glande est augmentée de volume dans son ensemble, l'amaigrissement du malade favorise l'examen du foie et il n'y a pas d'épanchement péritonéal gênant la percussion. Nous en rapportons un cas où les choses étaient poussées à l'extrême.

B...., femme de 62 ans. Hôpital de la Charité. Salle Cruveilhier n° 11. (*Observation résumée*).

Amaigrissement et troubles de l'appétit depuis quatre mois. Ictère depuis 3 semaines environ. Matières colorées. Meloena intermittent. Pas d'ascite. On sent le foie énorme descendant à droite jusqu'à la crête iliaque; il est très dur, granité, un peu douloureux. Du côté gauche, on sent une seconde masse également très dure qui dépasse 11 cm. environ le rebord costal et s'enfonce sous l'hypochondre. Elle se prolonge sous l'espace de Traube et en détermine la matité complète. Cependant *à la partie postérieure de celui-ci, persiste une petite zone de sonorité tympanique*. La question se pose de savoir si cette masse que l'on sent à gauche est le lobe gauche du foie ou la rate hypertrophiée.

Plusieurs raisons interviennent pour qu'il s'agisse du lobe gauche du foie.

Tout d'abord, entre les masses droite et gauche existe, sur la ligne médiane un sillon profond de 7 à 8 cm., mais au-dessus de ce sillon se trouve un pont de tissu hépatique qui réunit les deux tumeurs droite et gauche et du reste quand on mobilise la tumeur droite on mobilise la gauche en même temps. De plus, si la tumeur gauche était une splénomégalie, il faudrait que la rate fût en ectopie, prolabée en bas et en avant. La percussion de la zone splénique normale (entre la 8^e et la 11^e côte sur la ligne axillaire) ne dénote que de la sonorité pulmonaire.

Enfin et surtout, *la partie postérieure de l'espace de Traube est libre et sonore* (1). On conclut donc à gros lobe gauche du foie, petite rate, et l'autopsie faite 20 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital confirmait entièrement ce diagnostic en montrant un foie néoplasique de 5 k. 200 avec lobe gauche très développé; la rate était, au contraire, de volume ordinaire et en position normale.

Nous insistons donc sur l'existence de cette petite zone postérieure de sonorité; nous en avons déjà parlé à propos des pleurésies droites et nous aurons encore l'occasion d'y revenir. Ici, du reste, le diagnostic n'é-

(1) et nous verrons qu'en cas de splénomégalie c'est toujours la partie postérieure de l'espace de Traube qui est intéressée la première.

tait pas très difficile, étant donné l'augmentation de volume général du foie. Nous pourrions encore rapporter plusieurs observations de tuberculeux alcooliques dont le foie est volumineux, appréciable à la palpation et dont l'espace de Traube est intéressé. Nous nous contenterons de rapporter l'observation suivante intéressante à plusieurs points de vue.

R..., 39 ans, salle Saint-Christophe, n° 28.

Bronchite chronique depuis 3 ans. Actuellement, lésions de ramollissement aux 2 sommets. Toux émetisante. Douleurs thoraciques et dyspnée. Le malade, ancien garçon de café, a des antécédents éthyliques certains. Le foie, un peu douloureux d'ailleurs, déborde les côtes droites de 2 travers de doigt environ; il s'avance sur l'épigastre qu'il couvre en entier; son bord inférieur passe à 1 travers de doigt et demi au-dessus de l'ombilic, et rejoint le rebord costal gauche à 3 cm. en avant de l'extrémité antérieure de la 10^e côte. Tels sont les renseignements donnés très nettement par la palpation de l'abdomen. Si l'on percute maintenant l'espace de Traube, on constate qu'il est mat dans sa partie interne, hypersonore dans sa partie externe et l'on trouve aisément une ligne de démarcation oblique en haut et à gauche qui semble continuer la direction du bord inférieur du foie, mais est située à 2 travers de doigt et demi plus haut et plus en dedans. Le fait est aisément explicable, car la partie tout inférieure du foie n'est pas assez épaisse pour masquer la sonorité du Traube. C'est seulement lorsque la languette hépatique s'épaissit, qu'elle est mate.

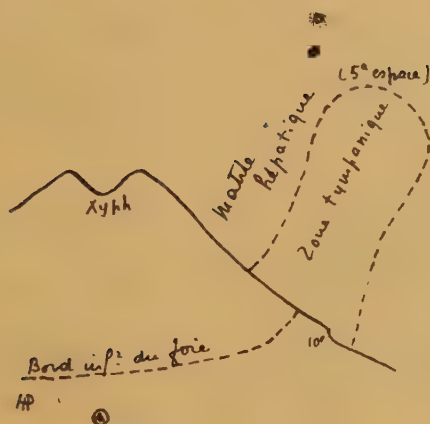


Fig. 9

Ajoutons que chez ce malade, la rate est également un peu volumineuse, de sorte qu'elle rétrécit la sonorité postérieure de l'espace de Traube, et ainsi la zone restée tympanique présente la forme d'un sablier.

Les symptômes peuvent être d'interprétation un peu plus difficile si l'on est en présence d'une affection hépatique localisée au lobe gauche. Nous avons le souvenir d'avoir observé, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, un malade atteint de cette affection (kyste hydatique du lobe gauche du foie). La splénomégalie fut discutée et l'intervention chirurgicale montra le diagnostic exact. Nous regrettons de ne pouvoir apporter ici cette observation.

Nous avons également étudié l'état de l'espace de Traube dans plusieurs cas de cirrhose alcoolique avec ascite. Les renseignements que nous avons pu recueillir sont de peu d'intérêt, la base du thorax étant considé-

rablement élargie, l'espace semi-lunaire présente des dimensions très réduites. Nous verrons, dans un instant, les modifications que peut y apporter l'ascite elle-même.

En résumé, le fait sur lequel nous tenons surtout à insister pour la matité de l'espace de Traube, due à un gros foie, est la *persistance à la partie postérieure de l'espace d'une zone de sonorité tympanique que nous n'avons jamais vue comblée par le lobe gauche du foie.*

Affection de la rate

On sait la difficulté de l'exploration de cet organe; enfoncée profondément entre l'estomac et la base du poumon, elle ne donne à l'état normal, aucune matité à la percussion. Mais si elle vient à s'hypertrophier, son augmentation de volume se fera surtout sentir en avant, car, bridée en arrière par des ligaments péritonéaux, elle ne peut s'étendre de ce côté.

Concernant les variations qu'elles apportent à l'espace de Traube, nous considérons deux ordres de splénomigalies: 1° les unes splénomégalées moyennes, réalisées le plus souvent chez les cirrhotiques, les paludéens, les lymphadéniques, elles correspondent à des rates de 16 à 20 cms de diamètre horizontal, de 12 à 15 cm de diamètre vertical. Elles viennent occuper la partie postéro-inférieure de l'espace de Traube et souvent la palpation peut les sentir dépassant le rebord costal, de part et d'autre de l'extrémité antérieure de la 10^e côte.

Nous reproduisons ici le tracé de l'une d'entre elles. On peut, du reste, le considérer comme type, car les variations sont minimales en pareil cas.

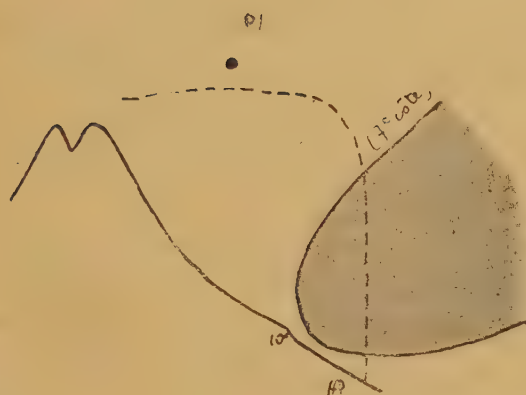


Fig. 10

N... 35 ans, tailleur, salle Corvisart n° 24. Ancien paludéen. Foie volumineux dépassant le rebord costal de deux travers de doigt et s'avançant sur l'épigastre, néanmoins ne donnant pas de matité de l'espace de Traube. Rate facilement délimitable par la percussion ; envahit la zone postéro inférieure de l'espace de Traube. C'est le type de la spléno-mégalie moyenne.

A notre avis, la question a quelque importance pratique en matière de séméiologie ; lorsqu'on soupçonne une grosse rate et qu'on en recherche l'existence, il est souvent un peu malaisé d'aller percuter d'emblée sur la ligne axillaire : les différences de tonalité sont d'appréciation difficile et pour peu qu'il existe soit une légère congestion pulmonaire, soit un faible épanchement pleural, la recherche de la matité splénique devient impossible, et l'on est matériellement empêché d'y procéder. Au contraire, que l'on commence par explorer la matité splénique là où elle n'est pas à l'état normal, là où elle s'étend toujours lorsque la rate est grosse, c'est-à-dire au niveau de la partie postérieure de l'espace de Traube (1),

(1) Voir définition anatomique et clinique,

on trouvera, en cas de splénomégalie, une matité facilement appréciable à cet endroit. Muni de cette première indication, on ira plus facilement rechercher la matité sur la ligne axillaire et l'on complètera ainsi l'examen de la rate.

2° Une deuxième variété de splénomégalies pourraient être dites à type ascendant. Dans la variété précédente, nous voyons en somme que son hypertrophie n'altère point la direction générale de la glande : son axe est normalement oblique en bas et en dedans ; c'est dans ce sens également que se fait son extension.

Les splénomégalies ascendantes sont souvent dues à une atteinte partielle de la rate : kyste hydatique, en général, ces cas ont été magistralement décrits par M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY, et il suffit de jeter les yeux sur les schémas reproduits dans le MANUEL DE PATHOLOGIE INTERNE, pour se rendre immédiatement compte de l'extension de la tumeur. Ici l'espace de Traube est pris en entier, il est, de plus, voussuré, les espaces intercostaux sont élargis, les organes thoraciques sont refoulés. Nous n'avons pas à insister sur ces cas ; ils ne soulèvent pas beaucoup de difficultés, au point de vue du diagnostic.

Concluons donc pour les splénomégalies.

Les splénomégalies moyennes atteignent l'espace de Traube dans sa partie postéro-inférieure ; c'est là que la percussion peut mettre le plus facilement en évidence l'augmentation de volume de la rate. Les splénomégalies ascendantes, volumineuses, envahissent tout l'espace de Traube et y déterminent une matité et une voussure très marquées.

Affections péritonéales

Nous avons observé l'état de l'espace semi-lunaire chez plusieurs ascitiques. Nous le répétons encore : ici la base du thorax est le plus souvent élargie, l'espace de Traube est étiré dans le sens transversal ; mais, de plus, la présence du liquide peut apporter quelques modifications intéressantes. Si le malade est couché les épaules légèrement soulevées, l'espace de Traube est entièrement sonore ; s'il est couché à plat, les épaules sur le même plan que le bassin, la partie la plus déclive de l'espace devient mate et la ligne de matité se continue avec la courbe générale que peut dessiner la percussion au niveau de l'abdomen.

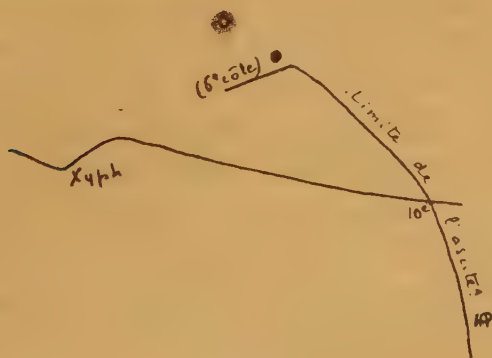


Fig. 11

P... 63 ans. Salle Ste Jeanne n° 3. Ascite considérable de cause probablement hépatique ; la malade a déjà été fréquemment ponctionnée. La base du thorax est élargie et le rebord costal fuyant. Lorsque la malade est étendue à plat sur le dos, la matité percutée dans le flanc gauche se prolonge régulièrement sous l'espace de Traube.

Si le malade se couche sur le côté droit, l'espace semi-lunaire redevient entièrement sonore ; en somme, ces di-

verses manœuvres permettent de mettre en évidence le fait que le liquide est libre dans le péritoine, et également celui qu'il n'y a pas d'adhérences péritonéales en avant de l'estomac. Cela peut être intéressant pour beaucoup d'ascites cloisonnées. Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'en observer.

..

Les abcès sous-phréniques gauches nous intéressent directement; nous n'avons pas d'observation nouvelle à rapporter, et nous nous tiendrons aux renseignements contenus dans la remarquable monographie de M. PIQUAND (1), actuellement en cours de publication dans la *Revue de Chirurgie*. Il s'agit, la plupart du temps, d'abcès sous-phrénique d'origine stomacale. Outre les phénomènes généraux qu'ils provoquent, ils déterminent les modifications suivantes dans l'hypochondre gauche: voussure dans le plus grand nombre des cas, matité complète s'il n'y a que du liquide, sonorité tympanique s'il y a des gaz de provenance stomacale ou des fermentations putrides. On peut trouver également, par l'auscultation, un bruit de glou-glou.

Sonorité ou matité peuvent se modifier suivant la position du malade. Le diaphragme est immobilisé. Parfois il existe de la névralgie phrénique. La ponction exploratrice peut être nécessaire pour vérifier le diagnostic.

..

(1) PIQUAND. — Les abcès sous-phréniques. *Revue de chirurgie* 1909.

Au cours de son étude de l'espace de Traube, PITRES rapporte qu'ayant percuté l'espace semi-lunaire des 36 malades d'une salle, il n'a trouvé que 27 fois la sonorité tympanique normale : chez 9 malades, exempts d'ailleurs de pleurésie, il y avait de la matité.

PITRES en conclut « que la sonorité caractéristique « de l'espace de Traube manque, dans un quart des cas, « chez les sujets adultes, atteints d'affections diverses, « pris au hasard dans nos services hospitalier ».

Le fait n'a rien qui puisse nous étonner. Nous n'avons pas pour notre part une statistique à présenter. Tous nos malades ont été classés et nous estimons qu'il y a plus d'intérêt à faire des comparaisons dans chaque cas particulier, qu'une statistique générale, où l'on rapporte des faits forcément incomplets. Mais, chez tous les nombreux malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous n'avons jamais constaté la matité de l'espace semi-lunaire sans en chercher et en trouver une cause rationnelle. L'espace de Traube est mat chez un individu complètement normal en apparence : la matité peut tenir à la réplétion gastrique ; que l'on fasse coucher le malade sur le côté droit et la sonorité de l'espace de Traube

réapparaîtra, ou bien on trouvera le tympanisme si l'on examine le sujet à jeûn. La matité est-elle due à l'hypertrophie du foie? On constate *la conservation de la petite zone sonore postérieure*. Est-elle due à des adhérences pleurales? On recherchera les signes si bien décrits par JACCOUD.

L'examen de la zone de Traube ne fournit pas seulement des renseignements qui *complètent* un diagnostic, mais encore ceux-ci peuvent *orienter* le clinicien.

Ici, elle révélera une splénomégalie, là une hypertrophie du foie que la palpation abdominale ne met pas toujours en évidence, ailleurs, ce sera une symphyse phrénico-costale, etc..

Nous ne saurions trop recommander son examen systématique; il n'est ni long ni difficile; il peut donner les plus précieux renseignements.

CONCLUSIONS

1°) L'espace semi-lunaire de Traube, décrit d'une façon un peu imprécise, par les auteurs, est limité en bas par le rebord costal, en haut par le 5° cartilage costal (et non le 6° ou le 7°) en arrière, par une ligne verticale intermédiaire à la ligne mamelonnaire et à la ligne axillaire et qui aboutit en bas à plusieurs centimètres en arrière de l'extrémité antérieure de la 10° côte. Ces deux lignes forment, en s'unissant, une courbe à concavité inféro-interne. L'espace de Traube est normalement le siège d'une sonorité tympanique. De plus on n'y perçoit ni vibration thoraciques, ni murmure vésiculaire.

2°) Au cours d'un certain nombre d'affections pulmonaires (emphysème généralisé, emphysème vicariant de la base chez les tuberculeux), la limite supérieure de l'espace de Traube peut être abaissée.

3°) Dans les pleurésies gauches de la grande cavité, l'exploration de l'espace semi-lunaire peut fournir des indications des plus intéressantes: outre qu'il permet

souvent de faire le diagnostic avec les pneumonies massives, il donne des renseignements importants concernant la quantité de liquide épanché; il indique moins la quantité absolue, qu'une *rapport* entre l'abondance du liquide et la capacité thoracique; dans le plus grand nombre des cas, la matité de l'espace de Traube commande la thoracentèse.

4°) L'aspect clinique est très modifié lorsque les réactions pleurales sont localisées à la plèvre de l'espace semi-lunaire; on peut avoir soit une pleurésie enkystée (pleurésie sous-mammaire) soit des adhérences épaissies (symphyse phrénocostale de JACCOUD) dont la notion est importante à connaître pour préciser beaucoup de points du diagnostic et éviter des erreurs de traitement.

5° Dans les pleurésies droites, l'espace de Traube peut être également mat. Cette matité est alors due au refoulement du foie et disparaît quand l'épanchement est ponctionné; de toute façon, *la partie postérieure de l'espace semi-lunaire de Traube reste hypersonore*, alors qu'elle est prise la première dans le cas de pleurésie gauche.

6°) Dans les affections cardiaques et dans les péricardites, la partie supérieure et interne de l'espace peut être intéressée par la matité.

7°) Les hépatomégalies donnent de la matité de l'espace de Traube par projection du lobe gauche du foie, en avant de la grosse tubérosité de l'estomac. Ici (comme dans le cas de refoulement du foie par une pleurésie droite) la partie postérieure de l'espace *reste sonore*.

8°) Les splénomégalias, surtout les splénomégalias à développement ascendant, peuvent intéresser l'espace de Traube à sa partie postéro-inférieure. Si la grosse rate coïncide avec un gros foie, l'espace semi-lunaire est mat en entier.

9°) Parmi les affections péritonéales, l'abcès sous-phrénique d'origine stomacale est celui qui nous intéresse le plus directement ici. Suivant qu'il est gazeux ou non, il donne du tympanisme ou de la matité.

10°) L'exploration méthodique et complète de l'espace de Traube permet presque toujours d'apprécier les causes des modifications pathologiques qu'on y observe. Souvent, ces modifications apporteront une précision utile pour le diagnostic d'une affection de voisinage; souvent aussi, elles pourront la faire soupçonner. On voit donc son utilité clinique générale.

Vu et approuvé,
Le Président de Thèse,
GAUCHER.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCELIN. — Formes de l'aire de projection du cœur pathologique. Thèse Lyon, 1906.
- ARTIGALAS. — Séméiologie de l'aire de Traube, Paris 1889.
- BERTAUX. — Péricardite tuberculeuse à gros épanchement. Thèse Lyon, 1906-1907.
- CUILLÉ. — Des variations pathologiques de l'espace de Traube dans les péricardites avec épanchement. Thèse Bordeaux, 1887-1888.
- COLIBERT. — Pleurésies cloisonnées. Thèse Paris, 1907-1908.
- DELORME ET MIGNON. — Revue de chirurgie, 1895-XV, 797-987 et 1896. - XVI-56.
- G. DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne.
- G. DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
- GRANCHER. — Technique de la percussion.
- GRANIER. — Diagnostic de l'abondance des épanchements pleuraux. Evaluation quantitative par le bleu de méthylène. Th. Paris, 1902-1903.
- JACCOUD. — Cliniques de la Pitié, 1885. — Séméiologie de l'espace semi-lunaire.
- PIQUAND. — Les abcès sous-phréniques. Revue de Chir. 1909.
- PITRES. — Les signes physiques des épanchements pleuraux. — Bordeaux, 1900.
- POIRIER ET CHARPY. — Anatomie descriptive.

- PELVET. — Anévrysmes du cœur. — Th. Paris, 1867.
- PALLASSE. — Recherche et valeur pronostique de la quantité de l'épanchement dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. — Th. Lyon, 1904-1905.
- QUEYRAT. — Revue de médecine. — Mars, 1886.
- RONDOT. — Séméiologie de l'espace de Traube. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1887, numéros 1 et 3.
- RÉNON. — La pleurésie latente sus-hépatique des cardiaques. *Archives générales de médecine*, 1903, pages 1508-1510.
- ROBERT. — Contribution à l'étude des réactions pleurales au cours des maladies du cœur et de l'aorte. — Th. Paris, 1897-1898.
- GERMAIN SÉE. — Traité des maladies simples du poumon.
- TRAUBE. — *Gesammelte Beiträge*, 1871, t. 2, p. 852.
- TESTUT ET JACOB. — Anatomie topographique.

TABLE DES MATIÈRES

Avant - Propos	9
Première partie	13
L'Espace de Traube à l'Etat Normal	
Chapitre I. — Etude anatomique de l'Espace de Traube ..	13
Chapitre II — Etude clinique de l'Espace de Traube	21
Deuxième partie	
L'Espace de Traube à l'Etat pathologique	
Chapitre I. — Affections pulmonaires	27
Chapitre II. — Affections de la plèvre	
Pleurésies gauches	
a) Pleurésies de la grande cavité	32
b) Pleurésies enkystées	40
c) Symphyse phréno-costale.....	41
Pleurésies droites	52
Chapitres III. — Affections cardiaques	54

Chapitre IV. — Affections abdominales

a) affections stomacales	58
b) affections hépatiques	60
c) affections de la rate	64
d) affections péritonéales	67
Conclusions	71
Bibliographie	75

